

**Universidad del Salvador**  
**Facultad de Psicología y Psicopedagogía**

**Tesis Doctoral**

**Psicooncología: Red Vincular de Sostén  
y Cáncer de Mama**

**Lic. Liliana Fasano  
(Año 2008)**

**Director: Dr. Jorge Garzarelli**

**Co directora: Dra. Viviana Sala**

*A mi hijo Franco por la maravillosa persona  
en que se ha convertido*

*A mi ahijada Zaida por su estímulo y su  
cariño*

## ***Agradezco:***

***A mis colegas Marisú Basualdo, Patricia Bernal, Susana Blum, Emma Buceta, Rosi Ikonikof, Mónica Pucheu, Nelida Sakalik: que realizaron tomas , o leyeron pacientemente borradores, o colaboraron llenando planillas.***

***A todos los miembros de la Red de Psicooncología***

***A la Dra. Gabriela Renault: por su estímulo***

***Al Dr. Rubén Zukerfeld: generoso con su material y su saber.***

***A la Dra. Silvia Baeza: por su orientación y su actitud generosa al facilitarme libros.***

***A cada una de mis pacientes con cáncer de mama: que me han permitido aprender de su capacidad de afrontamiento, cuestionamiento y amor a la vida.***

***A la Dra. Viviana Sala: sin cuyo estímulo, generosidad y orientación esta tesis no sería la misma.***

***Al Dr. Jorge Garzarelli: más que un Director un Maestro.***

# INDICE

CAPÍTULO I	
Introducción	2
CAPÍTULO II	
Hipótesis y objetivos	16
Marco teórico	17
CAPÍTULO III	
Metodología	23
Anexo Metodología	32
CAPÍTULO IV	
4. Cáncer	43
4.1 Concepto de salud y enfermedad	43
4.2 Enfermedad: evolución del concepto en la historia	46
4.3 Etimología del término "cáncer"	50
4.3.1 Definiciones asociadas	50
4.4 Cáncer de mama	52
4.4.1 La enfermedad	52
4.4.2 Reseña histórica	52
CAPÍTULO V	
5. Epidemiología	58
5.1 El cáncer en el mundo, incidencia	59
5.2 Demografía del cáncer de mama	63
Anexo: Mapas I y II – Cuadros I y II	65
CAPÍTULO VI	
6. Psico socio oncología	70
6.1. Mitos, metáforas y nombres del cáncer	70
6.2 Aspectos emocionales y cáncer	74
6.2.1 Diagnóstico	77
6.3 Psicooncología en la Argentina (Historia)	81
6.4 Antecedentes históricos y Conocimientos en lo psicosocial	87
6.5 Cáncer de mama y factores emocionales	93
CAPÍTULO VII	
7. Red vincular	99
7.1 Introducción	99
7.2 Red vincular: aportes al tema Desde una mirada Moreniana	103
7.3 Red social. Red vincular desde una mirada sistémica	107
7.4. Redes sociales y salud	108
7.5 Red vincular y riesgo de enfermar	109
7.5.1 Evaluación de Red Vincular realizada por Zukerfeld y Zonis Zukerfeld en Argentina	110
Tabla: medidas de percepción de apoyo y estrés social	112

7.6 Algunas redes vinculares: ejemplos y experiencias -----	114
7.6.1 Los padres de las Malvinas -----	114
7.6.1.1 Entrevista al Dr. Dalmiro Bustos -----	118
7.6.2 Trabajando con la red vincular familiar de un niño con cáncer -----	120
7.6.3 Red Vincular de una paciente con cáncer de mama. Testimonio. -----	129
Mi Red de Sostén Vincular -----	130
7.6.3.1-Entrevista al Dr. Jorge Garzarelli -----	134
Puercoespines -----	140
CAPÍTULO VIII	
Resultados -----	142
Resultados del procesamiento de datos -----	143
Relación percepción de sostén vincular y cáncer de mama -----	148
Relación sucesos de vida percibidos estresantes y cáncer de mama -----	148
Anexo Resultados -----	149
Datos -----	151
Cruces de datos -----	182
Medias y medianas -----	207
CAPÍTULO IX	
Conclusiones -----	209
Glosario de términos -----	215
Bibliografía específica -----	221
Bibliografía general -----	228



*"La muerte, como posibilidad, no le presenta al Dasein ninguna cosa por realizar, ni nada que él mismo pudiera ser en cuanto real. La muerte es la posibilidad de todo comportamiento hacia..., de todo existir. En el adelantarse hacia esta posibilidad, ella se hace cada vez mayor, es decir, se revela tal que no admite ninguna medida, ningún más o menos, sino que significa la posibilidad de la inconmensurable imposibilidad de la existencia... La muerte es la posibilidad más propia del Dasein...La posibilidad más propia e irrespectiva es insuperable, el estar vuelto hacia ella hace comprender al Dasein que ante sí y como extrema posibilidad de la existencia se halla la renuncia de sí mismo"*

*Martín Heidegger (1998)*

## INTRODUCCIÓN

El **cáncer** no es una **enfermedad** surgida en las últimas décadas, de hecho se encontraron señales de cáncer en los huesos de momias del Antiguo Egipto y del Antiguo Perú, que datan de 3000 años antes de Cristo y existe un Papiro escrito en el año 3000 a.C. (adquirido en Luxor en 1862 por Eward Smith), que describe varios casos de cáncer de mama. Pero es indiscutible que el número de personas que enferman de cáncer aumenta cada año y muchas observaciones se han hecho al respecto pudiendo decir que el aumento de población mundial y del tiempo de vida promedio, así como la especificidad de medios **diagnósticos** con los que se cuenta en la actualidad; son factores que inciden en la creciente cantidad de casos de cáncer detectados.

Sin embargo estas observaciones no alcanzan para satisfacer la preocupación del promedio de la población acerca de este tema y esta **incidencia** creciente del cáncer pone a los científicos frente a la necesidad de encontrar respuestas acerca de su génesis y desarrollo.

Actualmente es importante la cantidad de trabajos que se publican buscando dar cuenta de origen, factores de riesgo, prevención y **detección** precoz; todos estos, aspectos relevantes en la posibilidad de disminuir la cantidad de cáncer en el mundo y de acrecentar las posibilidades de sobrevida al mismo.

Algunos trabajos (Manual Merck 2005 – Asociación Española contra el Cáncer), postulan que factores ambientales carcinogénicos son significativos

en el aumento de casos; pero existen agentes tales como: el consumo de tabaco, el alcoholismo, la mala alimentación, la adopción de modos de vida malsanos y el no tratamiento de infecciones que causarían cáncer tienen un peso muy importante en las cifras registradas.

En un trabajo de Acción mundial Contra el Cáncer (publicación de la Organización Mundial de la salud y de la Unión Internacional Contra el Cáncer), versión revisada del 2005, se puede encontrar la siguiente información:

- En el año 2002 el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo
- Se estima que en el 2020 el cáncer podría matar a 10.3 millones de personas, de no mediar una adecuada prevención de factores
- Así podría pasar de 10.9 millones de nuevos casos en 2002 a 16 millones en 2020, con un incremento de casi el 50%

Es necesaria entonces la adopción de medidas que colaboren tanto en la prevención, en el desarrollo de conductas saludables, como en el desarrollo de trabajos que tiendan a un mayor conocimiento de factores de riesgo.

Es importante tener en cuenta que un 43% de las muertes por cáncer se deben a los siguientes factores:

- Tabaco: 30% del total de muertes por cáncer se asocian al consumo de tabaco
- Dieta Inadecuada: sobrepeso, obesidad y alcoholismo aumentan el riesgo de cáncer
- Infecciones: 1/5 de los casos en el mundo se debe a infecciones crónicas, tales como: hepatitis, papiloma humano, "*helicobacter pilori*" y virus de inmunodeficiencia humana

Es necesario entonces promover

- Campañas contra el tabaquismo
- Pautas para una alimentación saludable y un estilo de vida activo
- Campañas de prevención de infecciones

Todo esto sin dejar de lado nunca el desarrollo constante de tareas orientadas a su detección precoz, lo que en muchos casos modifica de manera directa el **pronóstico** del paciente.

El cáncer parece ser una enfermedad acerca de la que será necesario seguir investigando, difundiendo información, y promoviendo campañas de prevención en los próximos años. Continuará siendo centro de interés tanto para investigadores, trabajadores del área y medios de difusión; como para la población en general.

Enfermar de cáncer es un hecho temido, rechazado y amenazante. Si esta enfermedad se instala en la propia vida o la de un ser querido, tomamos contacto con miedos profundos e intensos, desconocidos hasta ese momento. Junto al miedo emergen casi siempre sensaciones desagradables que hacen referencia al **imaginario social** respecto de esta enfermedad. Los pacientes y sus cuidadores dan cuenta de esto con diferentes tipos de expresiones, por lo que se mencionarán algunas, elegidas entre las más frecuentes.

#### Frases de Pacientes:

- *Mire antes que nada quiero que sepa que antes yo nunca pensé en hacer terapia, pero tampoco en que iba a tener cáncer. Por eso estoy acá por que yo no puedo entender por qué me pasó. ¿Qué hice mal, qué no hice? (J.53 años. Ca. pulmón)*
- *Cáncer, se da cuenta, ¡tengo cáncer! Toda una vida cuidándome, haciendo los controles anuales, cumpliendo con las dietas saludables, caminando y resulta que: ¡tengo cáncer! Como si nada de aquello en lo que yo creía tuviera el menor valor... (B. 48 años. Ca. Mama)*
- *¿Por qué yo? Creo que Dios me abandonó. No lo puedo entender, no lo puedo digerir. (S. 35 años. Ca. Mama)*
- *¿Cómo voy a poder seguir adelante si no lo puedo entender, no lo puedo 'tragar'? Tengo rabia, estoy enojada con todos...y tengo mucho, mucho miedo. (C.40 años.Ca. riñón)*



- *No hay tiempo para lamentos, ahora viene la "quimio" y hay que bancársela. Dicen que es lo peor. Ayudáme a tolerarla. (P. 45 años. Ca. de intestino)*
- *No tenés que quejarte, esa actitud no te ayuda. ¡No ves que lo agarraron a tiempo! Qué te importa el pelo, o el cacho de teta; lo único que importa es que te vas a curar... Agradecéle a Dios ¡nena! Esto, esto me dicen los que me quieren. ¿Se imagina si se lo digo a otros? (M. 45 años. Ca. mama)*
- *No quiero lástima, ni rechazo disimulado, ni mentiras. Necesito que me acompañen y me dejen llorar, putear y patear. ¿Es mucho pedir? (R. 63 años. Ca. próstata)*
- *Me duelen las miradas, la curiosidad, te miran como bicho raro. No me gusta como te miran...(L. 29 años. Leucemia)*

#### *Frases de Familiares y Amigos:*

*No se como acercarme, ni que decirle. No sé si pregunto o no, si le digo que averigüe más con otros médicos, si le hablo de otros tratamientos, si me callo...La verdad no sé que hacer (pareja de M. con Ca de mama)*

- *Yo no lo puedo aceptar. Escuché en la "tele" que no cualquiera tiene cáncer. Algo negativo "se tragó" para que le pase esto y que ahora va a tener que hacer algo con eso, o no se cura. ¿Es cierto? ( hijo de R. con Ca. de próstata)*
- *Si yo no acepto esto y no confío en que el cáncer se cure, ¿no es mejor que esté allí lo menos posible? Mejor voy poco y nunca a solas.( amigo de C. con Ca. riñón)*
- *Cuando vamos a rayos y la espero en la sala de espera, ahí me doy cuenta cuánta gente tiene cáncer. Ahí me doy cuenta que "ninguno está a salvo" Capaz que yo tampoco...( amiga B. con Ca. de mama)*
- *Es difícil, pero hay que estar al lado, ayudar, tragar lágrimas y acompañar. Cuando todo pase voy a llorar un año seguido.(pareja J. con Ca. pulmón)*

Sería posible seguir citando muchas más frases, sin embargo estas pocas sintetizan bastante bien el dolor, la angustia, el miedo y las inquietudes de tantos y tantos pacientes, familiares y amigos.

Ocorre que la palabra cáncer sigue aún asociada en el imaginario de nuestra sociedad a contenidos temibles y desagradables. Aún en este siglo XXI, algunas cosas no se han modificado, y el diagnóstico de cáncer moviliza casi las mismas fantasías y **mitos** que cientos de años atrás. En el siglo XIX un diagnóstico de cáncer era realmente muy duro de recibir y aceptar. Ya diagnosticada la enfermedad, en forma certera, muy pocos tratamientos había para ofrecer a los pacientes más allá de cuidados y soporte para la evolución del cáncer mismo. Recién a mediados de ese siglo la aparición de la anestesia general posibilitó que la cirugía para extirpar la enfermedad, fuera una posibilidad concreta; aunque la cura solo se daba en raros casos y la mayoría de los pacientes sabían que la expectativa era la muerte.

Recordemos, además, que se contaba con muy escasos recursos para controlar o aminorar los síntomas, dolores y penurias del avance de la enfermedad misma; y se desconocían sus posibles causas. Así, un aura de temor y pavora comenzó a rodear al cáncer, transformado en una de las enfermedades fatales de la época.

A principios del siglo XX tres enfermedades predominaban en el mundo occidental: las enfermedades del corazón, la tuberculosis y el cáncer. La tuberculosis y el cáncer ocuparon entonces el lugar de "enfermedades estigmatizantes" y el diagnóstico se transformó en un **estigma** en sí mismo. Los pacientes comenzaron a sufrir los mismos grados y modos de humillación y segregación que los leprosos y sifilíticos anteriormente. Con el paso del tiempo sólo el cáncer parece conservar, aún, su cualidad de enfermedad maldita

Sin duda con el advenimiento de la quimioterapia al escenario de los tratamientos de cáncer, estos resultaron cada vez más exitosos. Sin embargo, cáncer continúa siendo la metáfora elegida para significar una destrucción lenta e inexorable: "el cáncer que corroe nuestra sociedad", "...como un cáncer en mi vida", "como un cáncer, no dio aviso ni tiempo", "malvado como un cáncer".

Todas estas asociaciones inscriptas en el imaginario social, en el saber popular, no se han modificado acorde con los cambios en los tratamientos y en las posibilidades de sobrevida de los pacientes. Se habla

más del cáncer, pero no se ha dejado de temerle, ni se han modificado sus significados.

Al mismo tiempo este cambio en la factibilidad de curación llevó al desarrollo de un interés creciente en los factores emocionales asociados al enfermar de cáncer y a sus tratamientos; y los aspectos psicosociales sufrieron un cambio sustancial en su comprensión y su abordaje.

Mientras el diagnóstico de cáncer era el camino a una muerte inevitable las intervenciones psicosociales estaban dirigidas a una progresiva asimilación y aceptación de lo inevitable. Las primeras preocupaciones desde lo psicológico estaban ligadas a la muerte, dado que los pacientes que sobrevivían al cáncer eran muy pocos y no se hacía mucho hincapié en como ayudarlos a afrontar sus problemas y secuelas. Tal vez era más importante para paciente y familia "dar gracias por estar vivo ", que ocuparse de afrontar secuelas emocionales.

Vemos entonces como la consideración de los aspectos psicosociales en cáncer ha estado ligada a los cambios en los tratamientos, el aumento creciente de pacientes curados y la imagen social del cáncer mismo.

Los estudios realizados y los temas desarrollados al respecto pasaron así de estar centrados en la muerte, a hacerlo en las reacciones normales frente al cáncer y sus tratamientos y el desarrollo de recursos para trabajar en la estimulación de un **afrontamiento** adecuado, la **adhesión** a los tratamientos, la capacidad de expresión de dificultades y los niveles personales de tolerancia.

Posteriormente, emergieron cuestiones relacionadas con el desarrollo de conductas de **prevención** tales como: evitar la exposición excesiva al sol, no fumar, dieta sana, realización de controles médicos periódicos tendientes al diagnóstico temprano y otras.

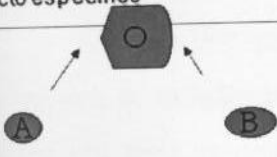
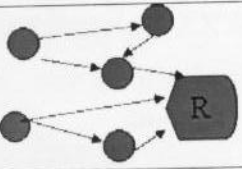
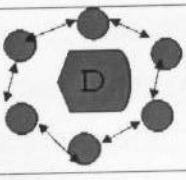
Sin embargo la preocupación por el papel de los factores psicosociales en el desarrollo de un cáncer ha estado presente desde hace muchísimos años. Los diferentes trabajos resultaron casi siempre no concluyentes o mal diseñados por lo que no se ha podido aportar nada realmente distintivo y sostenible.



De todos modos, en la actualidad no concebimos las enfermedades como resultantes de un proceso causa – efecto y la inclusión de lo psicosocial se realiza también desde esta nueva comprensión.

La Dra. Viviana Sala da cuenta de este cambio en el cuadro I de su trabajo “El camino a la **salud** y el camino a la enfermedad” (2004)

**Cuadro I**

Primer Paradigma (S.XIX primeta mitad S.XX ) Enfermedades Infectocontagiosas	Segundo Paradigma (Segunda mitad S.XX) enfermedades crónico degenerativas	Tercer Paradigma (S. XXI) modelo de la “incertidumbre” y “caos”
Objeto descollante	Objeto Residuo	Objeto Totalizado
Modelos Causales	Modelos de Riesgo	Modelos de Sistemas Dinámicos (caóticos)
Efecto específico	Multicausalidad	Indeterminación
		
Funciones Lineales Simples	Funciones Lineales Expandidas	Funciones no Lineales
Demostración experimental	Inferencia Predictiva	Inferencia Estructural
Curvas	Planos	Atractores
Modelo Unicausal	Modelo ecológico	Efecto Mariposa (imposibilidad de reducción o minimización de daños)

Las enfermedades ya no son influidas en su desarrollo por una causa ligada a un efecto. Hoy sabemos que las causas son múltiples, interactúan entre si, incidiendo a su vez unas en otras; y la participación del azar (como parte de este mundo al que pertenecemos) tendrá siempre lugar de aparición posible. Desde esta mirada más amplia en su comprensión se propone este trabajo de investigación.

Mi quehacer en el área de la Psicooncología se viene desarrollando desde 1986 momento en el que inicié la tarea de Psicoprofilaxis Quirúrgica con pacientes oncológicos de una clínica privada. En este tiempo me ha tocado asistir a un número muy importante de pacientes con diferentes tipos de éstas



patologías y muchas veces también a sus grupos familiares. Una muy significativa cantidad de estas pacientes eran mujeres con cáncer de mama ya diagnosticado y a punto de iniciar o en pleno proceso de tratamientos. Este tipo de cáncer es, sin duda alguna, el más estudiado en cuanto a su impacto emocional. En parte por que es el más común en las mujeres, pero, también, por afectar un órgano tan ligado a la femineidad, maternidad y sexualidad.

Es importante tener en cuenta, además, que sus tratamientos implican muy frecuentemente la cirugía, **radioterapia** y quimioterapia; lo que genera más preguntas y temas que abordar con estas pacientes en lo que hace a afrontamiento y adhesión.

A pesar del significativo número de mujeres que se curan de cáncer de mama, el conocer el diagnóstico sigue implicando un alto nivel de **estrés**. Para comprender un poco mejor este punto ayudará mirar este tema desde una perspectiva histórica.

Hasta las últimas décadas del siglo XX el tratamiento más efectivo y común era la **mastectomía** radical; por lo que una mujer que debía atravesar una cirugía para biopsia de un tumor en la mama, autorizaba, previamente, que -si durante la misma el resultado era positivo- se realizara allí mismo la correspondiente mastectomía. De este modo, la mujer conocía su diagnóstico post cirugía, junto con la confirmación de la falta de mama.

Paralelamente, tal vez por las sensaciones adversas de mutilación en un órgano ligado a la sexualidad femenina, la mujer se sentía disminuida en grado sumo, evitando compartir su diagnóstico con personas fuera de su círculo íntimo. Afortunadamente ha habido muchos cambios importantes en los tratamientos y en el manejo de la información a lo largo del tiempo.

En la década del setenta los cambios en las actitudes sociales y el manejo médico fueron muy notorios. En 1974 Betty Ford reconoció públicamente que había sido tratada por un cáncer de mama y que había recibido quimioterapia post cirugía por presentar **ganglios** axilares positivos. Estas declaraciones dieron un puntapié inicial a que muchas otras mujeres pidieran más información sobre su enfermedad, sus tratamientos y sus posibilidades según una u otra combinatoria de alternativas.

Este mismo movimiento en lo social facilitó la aparición de algunos de los primeros grupos de ayuda de pacientes entre sí; lo que elevó el nivel de conciencia acerca de la autonomía de las pacientes en muchas decisiones.

Desde lo psicosocial se hizo más clara la necesidad de brindar adecuado soporte a las pacientes ante las decisiones acerca de los posibles tratamientos. La reconstrucción de la mama es un avance importante en la posibilidad de procesar las pérdidas que la enfermedad conlleva.

En la actualidad el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en mujeres a nivel mundial. En nuestro país una de cada ocho mujeres lo desarrolla actualmente y esta tendencia se muestra en permanente aumento; por lo que es claro el sentido que tiene conocer más acerca de factores de riesgo y **vulnerabilidad** para esta enfermedad.

La incidencia de lo psicosocial como riesgo ha sido considerada, desde hace varias décadas, teniendo en cuenta los factores hormonales asociados. En realidad es el tipo de cáncer más estudiado desde la década del cincuenta en cuanto a posibilidad de variables psicológicas vinculadas a reacción ante el diagnóstico, tolerancia a los tratamientos, tipo de evolución y (aunque en menor proporción) factores de riesgo psicosociales.

A mediados de la década del setenta comenzó a investigarse la relación que el estrés podía tener con el desarrollo de un cáncer de mama, a partir de perturbaciones en el sistema inmune.

También se ha investigado en la línea de características de personalidad predisponentes a una mayor vulnerabilidad, pero (es necesario insistir en ello) la mayor cantidad de investigaciones se centra en diversos factores psicosociales incidiendo claramente en la sobrevida.

Mientras la literatura científica se centra cada vez más en este aspecto las preguntas de las pacientes acerca de sí mismas, los planteos que se hacen sus familias al respecto y las observaciones realizadas en consultorio y en distintas instituciones, van dirigidas a aspectos que hacen a su vida previa a la aparición de la enfermedad. Se cuestionan acerca de diferentes aspectos de su historia, su modo de ser, su capacidad de cuidado, su desatención a signos de su cuerpo, su silencio ante situaciones no gratas, sus sometimientos, su exceso de trabajo o dedicación a la familia, etc.

En líneas generales todo paciente con cáncer se hace preguntas sobre sí mismo, busca comprender qué le está sucediendo y encontrar una clave en su propia vida; pero son las pacientes con cáncer de mama quienes han llamado la atención por esta marcada actitud de pregunta. Casi todas ellas "significan" sin dudarle su enfermedad y trabajan intensamente en la búsqueda de cambios que consideran **salutogénicos**.

Esta búsqueda puede resultar sumamente positiva para mucha de estas mujeres al confirmarlas en su capacidad de "mantener el rumbo" en aspectos de su vida y su salud. Dejando en claro que, dada nuestra condición humana somos vulnerables y mortales, que no dominamos nuestra posibilidad de enfermar o curar y que no hay psicoterapia que sustituya los tratamientos médicos; la posición protagónica, activa, de afrontamiento creativo y de cambio flexible de aquello que se identifica como tóxico en la vida, incidirá, muy probablemente, de manera positiva en su evolución.

Inserto en este modo de pensar y desarrollar tarea, es factible escuchar con atención qué temas son los mas comunes entre estas pacientes al aparecer cuestionamientos y dolores del pasado.

Es posible llegar a preguntarse si al ser una población femenina la que consulta por cáncer de mama, sería esta condición de género la que signa esta necesidad y capacidad de revisar, preguntarse y reflexionar. Preguntarse si las temáticas no estarán condicionadas por este aspecto, dado que el cáncer de mama **es el cáncer de mayor incidencia en la población femenina del mundo**, serán mujeres quienes lo padezcan y quienes busquen modos de afrontarlo y prevenirlo.

Así, sin dejar de lado y aceptando como un hecho la condición de mi género y de mis pacientes, continué con mis observaciones.

La excesiva demanda de tareas, la calidad de sus relaciones afectivas y algunos hechos dolorosos e inesperados de su pasado aparecen como temas comunes.

La convicción de que han atendido a "más frentes" de los que podían, o se han exigido más allá de lo necesario es tema recurrente; generalmente asociado a la sensación de una profunda necesidad de modificar este aspecto de su vida.



Las relaciones afectivas con su grupo familiar, amigos cercanos, personas de su trabajo, parroquia o club; se ligan en relatos, sensaciones y anécdotas que enhebran sus vínculos significativos al balance de un bienestar o malestar con sus vidas.

Sucesos pasados, en los que algo relevante las ha impactado negativa o dolorosamente; son significados por las pacientes como incidiendo en su enfermedad, tanto como algunos vínculos problemáticos del presente.

Muchas pacientes han ligado el "corralito financiero" de 2001 a su cáncer, pero en esto coinciden tantos otros pacientes con tantas otras dolencias que no sería adecuado tomar registro para este trabajo.

Menciono así los temas que aparecen como más significativos para la mayoría de las pacientes a las que acompañé en sus proceso y sobre los que más hemos reflexionado y elaborado en sus tratamientos dentro de un abordaje psicooncológico.

Existen muchos trabajos publicados acerca de la importancia del apoyo social como factor salutogénico. Estos trabajos coinciden en que un adecuado apoyo social es beneficioso para la salud, así como un sostén vincular pobre o conflictivo incide negativamente en la salud y aumenta las posibilidades de muerte.

Calidad y cantidad de vínculos aparecen ligados a la salud en diferentes trabajos y a partir de diferentes miradas. Conocemos el valor reparador de los vínculos positivos y contenedores y el potencial enfermante de otro tipo de relaciones; por lo que parece oportuno y adecuado adentrarse en la exploración de este tema en relación al cáncer de mama.

Paralelamente es oportuno recordar que todo dato que pudiera aportarse al tema de las redes vinculares sería útil para el abordaje de los tratamientos y para tareas de prevención.

Durante el período de diagnóstico y tratamiento oncológico activo la **red vincular** se ve impactada, sin lugar a duda, como un espejo de agua en el que cae una piedra y cuyos círculos concéntricos evidencian los niveles de resonancia. Pero, terminados los tratamientos, esa misma red deberá haber asimilado el impacto diagnóstico, el dolor de la paciente y de todos los que la quieren, los cambios producidos en su esquema corporal, los aspectos de rol que no habrá podido cubrir en su trama relacional en ese período, los miedos y



dudas de todos ellos; para sostener en ese momento el inicio y desarrollo de la nueva etapa de vida.

Todos han sido parte de este proceso aunque desde lugares y niveles de impacto diferentes, todos han debido reacomodarse y contener, todos han cambiado ante lo sucedido. Al finalizar los tratamientos, se inicia para todos (en mayor o menor grado de accionar y de conciencia) una etapa diferente en la que necesitarán procesar y metabolizar lo vivido.

Por esto es dable pensar que todo dato sobre red de sostén aportará, sin duda, para el diseño de estrategias de abordaje psicosocial durante los tratamientos, así como para el trabajo en mejorar la vincularidad entre ellos (como estrategia en prevención).

Definido, entonces, el interés en la Red Vincular de Sostén nos centraremos en los Sucesos de Vida.

Todos hemos tenido en nuestra vida algunos sucesos que significamos negativamente para la evolución de nuestras vidas, aunque sabemos que no todo impacto negativo tiene que tener una incidencia traumática en nuestra vida posterior; y el Dr. Benyakar ha desarrollado en sus libros sobre lo "traumático" este tema de manera muy completa.

A manera de síntesis podemos decir que no necesariamente un hecho de vida estresante no va a poder elaborarse y entonces devenir en trauma.

Parece entonces adecuado ver si la referencia que hacían estas pacientes a hechos estresantes de su pasado, indicaba la presencia de situaciones que pudieran considerarse traumáticas e incidentes en su enfermedad.

Teniendo en cuenta la actual mirada para comprensión del desarrollo del cáncer como una policausalidad interrelacionada y no como una linealidad causa-efecto, la propuesta consiste en tomar la Red Vincular de Sostén y Los Sucesos de Vida como relacionados, en algún modo, al cáncer de mama como factores de riesgo; y a su vez en las interacciones entre ellos mismos y con el cáncer de mama.

Puesto que en los trabajos realizados acerca de estos temas no se han dado resultados concluyentes, el propósito a lograr con los resultados de este trabajo sería:

- Aportar en la clarificación de la existencia o no de correlaciones entre estos factores y el cáncer de mama
- Colaborar en el conocimiento de elementos que mejoren las posibles intervenciones psicooncológicas en la asistencia de las pacientes y sus familias
- Aportar elementos que pudieran utilizarse en tareas de prevención en el tema

El desarrollo de la investigación se realizará de acuerdo a la hipótesis y mediante materiales y métodos que se describirán en el momento correspondiente.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Existiría correlación entre una Red Vincular de Sostén deficitaria y la posibilidad de desarrollar cáncer de mama. Esta posibilidad aumentaría con la presencia de Sucesos de Vida Estresantes.

### Objetivos

Desde la ya mencionada comprensión policausal del cáncer, en la que los diversos factores interactúan dinámicamente, planteo los siguientes *objetivos específicos*:

- Identificar si la percepción de la Red Vincular como de poco nivel de apoyo o contención, muestra alguna correlación con el desarrollar cáncer de mama
- Identificar si la percepción de mucho apoyo de la Red Vincular muestra correlación con la no presencia de cáncer de mama.
- Identificar si la sensación de que la relación con algún miembro de esa Red Vincular resulta estresante, relaciona con la posibilidad de desarrollar cáncer de mama
- Investigar si se da relación entre presencia de Sucesos Estresantes en algún período de la Vida y la posibilidad de desarrollar cáncer de mama.

Investigar si la presencia de una Red Vincular percibida deficitaria junto con el registro de Sucesos Estresantes de Vida en algún período particular de vida, inciden de modo significativo en el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

## MARCO TEÓRICO

### Conceptos referenciales

Este trabajo se desarrolla dentro del marco de los siguientes conceptos teóricos.

Como primer punto es necesario aclarar que la investigación se propone desde una mirada que incluye las propuestas del Pensamiento Complejo de **E. Morin** (2005) Para este autor la complejidad incluye la idea de los sistemas abiertos como la llama de una vela, o el medio interno de una célula o de un organismo, cuya existencia y estructura dependen de una alimentación exterior. Estos sistemas no están ligados a un estado de equilibrio, sino que *"hay un desequilibrio en el flujo energético que los alimenta y sin ese flujo, habría un desorden organizacional que conllevaría una decadencia rápida"* (Morín, 2005, pág. 43). Estos sistemas abiertos, que incluyen el desequilibrio, solo pueden ser entendidos en su relación con el ambiente que es constitutivo del sistema. Dice Morín (2005, pág. 45) *"...el sistema no puede ser comprendido más que incluyendo en sí al ambiente, que le es a la vez íntimo y extraño y es parte de sí mismo siendo al mismo tiempo, exterior"*

**La complejidad comprende además las incertidumbres, indeterminaciones, fenómenos aleatorios; en alguna manera se relaciona siempre con el azar. Es así que podemos comprender que no es posible escapar de la incertidumbre y alcanzar alguna forma de saber total. Este es, además, un modelo transdisciplinario, multidimensional y multicausal de comprensión de las situaciones.**

En la actualidad los fenómenos que afectan la vida humana requieren de algún nuevo modelo para su comprensión y la Dra. Sala (*"El camino de la salud y el camino de la enfermedad, Quo Vadis"*) da cuenta del modelo de Sistemas Caóticos desarrollado a partir de los trabajos de Prigogine I. *"La Nueva Alianza 1982/ Entre el tiempo y la eternidad 1984/ Exploring Complexity 1986"*.



**En este modelo el azar forma parte esencial de lo real, la materia tiene un carácter aleatorio en el que predomina la eventualidad. La característica es la indeterminación**

Como segundo punto es adecuado hacer referencia a algunos de los conceptos de **J. Moreno**. Podemos reconocer dos conceptos ejes en la concepción de este autor acerca del Hombre: espontaneidad y encuentro. De las múltiples definiciones que nos acerca de espontaneidad la más clara parece ser esta: *"Espontaneidad (del latín, sua esponte: desde dentro) es la respuesta adecuada a una nueva situación o la nueva respuesta a una situación antigua"* (Moreno, 1966). Espontaneidad es entonces la conjunción de lo nuevo con lo adecuado, es hacer lo oportuno en el momento necesario.

Esta espontaneidad se une al desempeño de roles sociales, que son creativamente apropiados por los individuos; además está orientada al encuentro, a la relación con los otros. Lo social es constituyente de la personalidad y el hombre nace en sociedad, es miembro de un grupo en el que interactúa y se comunica a través de los roles o papeles que desempeña. **El rol es el concepto articulador entre sujeto y sociedad, individuo y grupo; como interdependientes e inseparables. El rol es para Moreno (1972, pág. 222) "unidad psicosocial de conducta" y tiene aspectos colectivos y privados. Este concepto de rol es así central en el desarrollo que realiza de su teoría de las relaciones interpersonales.**

Desde el mismo momento del nacimiento la madre, o quien la sustituya en la función, es la persona que más comparte el mundo del bebé y es en la relación con ella donde se estructura **el primer rol**. Este surge de la **necesidad de alimento y de la satisfacción que se logra mediante la acción de la madre como auxiliar del niño**. Las posteriores interacciones, primero con la madre, luego el padre y los otros significativos del mundo del niño en la medida que este crece; **promueven la internalización de las normas vigentes en su medio. Así se van inscribiendo valores e ideales y estructurando conductas en el yo del niño.**

Desde cada rol construimos vínculos, los vínculos con los otros que nos rodean se conectan unos con otros conformando una red vincular, el átomo social que es el conjunto de todos nuestros vínculos en

relación directa. A su vez la trama con las relaciones con aquellas personas que pertenecen a un contexto próximo pero no es directa, se denomina **red sociométrica**. (Moreno, 1972).

Este tema se encuentra desarrollado en el punto 4.2 de este trabajo.

Es oportuno resaltar que en nuestro país el **Dr. Enrique Pichon Riviere (1971)** en su libro *Del Psicoanálisis a la Psicología Social* y en muchas de sus clases y conferencias, coincide en una **mirada integradora de la interrelación hombre-sociedad**. Llega incluso a aventurar en su libro (págs. 171-173) que el mismo Freud alcanzó por momentos esta mirada sin poder luego desprenderse de concepciones que lo limitaron.

El Dr. Pichon Riviere desarrolló además algunos conceptos que es necesario mencionar en este referencial teórico. **Para él los procesos psíquicos se comprenden como una permanente interrelación entre lo interno y lo externo, definiendo así al “grupo interno como un conjunto de relaciones internalizadas..., en permanente interacción. Son relaciones sociales internalizadas que reproducen en el ámbito del yo las relaciones ecológicas”**. Asimila por momentos este concepto al de mundo Interno (Zito Lema, 1976, pág. 111).

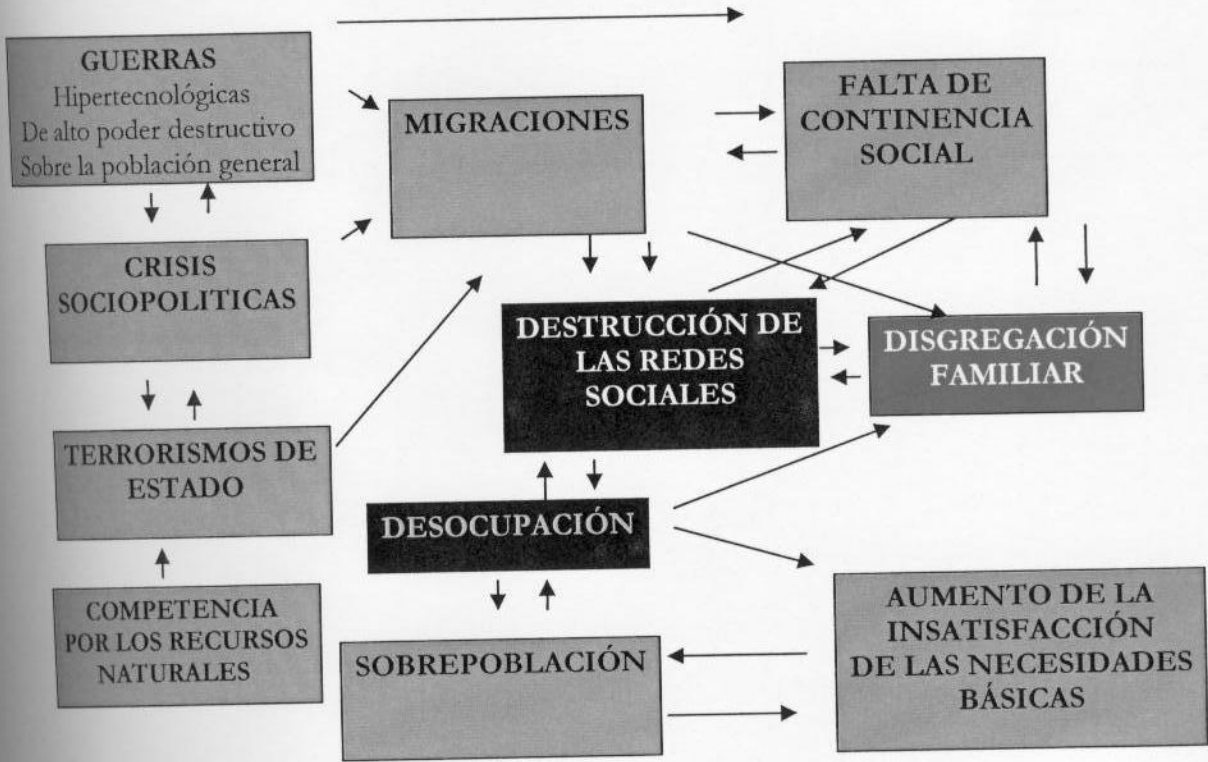
Desde su mirada **el individuo es siempre emergente de una situación grupal y el sujeto se vincula con otros para satisfacer sus necesidades**, siendo el rol un modelo organizado de conducta que se relaciona con la posición que el individuo tiene en una red de interacciones, con las expectativas de los otros y con las del propio sujeto (Pichon Riviere, 1971, págs. 311/328).

Los anteriores conceptos, unidos a los de átomo social y red sociométrica nos conducen al supuesto conceptual de **red social personal o red social significativa que incluye a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto: familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales**” (Slutzki, 1996, pág. 37).

La red social personal ha sido estudiada por diferentes autores pudiendo sintetizar los resultados presentados diciendo que **existe una correlación directa entre la calidad de la red social de un individuo y la calidad de su salud**. Respecto de este punto sugiero remitirse a los puntos 4.4

y 4.5 de esta tesis, al libro *La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica* del Dr. Slutzki y al trabajo *El camino de la salud y el camino de la enfermedad* de la Dra. Sala.

Se hace necesario complementar estos conceptos con una reflexión acerca del **deterioro que sufren actualmente las redes sociales a nivel de familias, escuelas, pueblos, países y continentes; debido a la crisis que las sociedades atraviesan a nivel mundial. Los factores de deterioro son múltiples y a su vez interactúan entre si de diversas maneras:** guerras de alto poder destructivo con capacidad de daño sobre la población general, crisis sociopolíticas en diversos países, terrorismo de estado, competencia marcada por los recursos naturales que no se protegen, sobrepoblación en determinados lugares del mundo, generadora a su vez de desocupación, aumento de la insatisfacción de las necesidades básicas, migraciones en busca de una esperanza o para proteger la vida ante la guerra o falta de recursos, con la consiguiente falta de continencia social, disgregación familiar y destrucción de las redes sociales. La Dra. Sala resume esto en el siguiente cuadro (1999).



A la luz de los conceptos anteriores, que resaltan la importancia de la Red Social en la salud, estas reflexiones y conceptos finales, nos confirman la relevancia de todo trabajo que aporte mayor evidencia sobre la importancia y necesidad del cuidado y promoción de estas Redes en la vida de la sociedad.

### CAPÍTULO III METODOLOGÍA